DE LA

N° 39

PARALYSIE HYSTÉRIQUE

DES

DILATATEURS DE LA GLOTTE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

le 9 juin 1891

PAR

Frédéric DUFOUR

Né à La Canourgue (Lozère).

Ancien interne des hôpitaux de Marseille (Concours 1888)

Ancien externe des mêmes hôpitaux (Concours 1887)

MONTPELLIER

IMPRIMERIE SERRE ET RICOME, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5

1891

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN, Doyen.

BERTIN-SANS, Assesseur.

Professeurs.

	Messieurs :
Médecine légale et toxicologie.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL ✻.
Chimie médicale et Pharmacie.	ENGEL.
Id. Ville (Ch. de c.)	
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Clinique médicale.	CASTAN ✻.
Clinique médicale.	GRASSET.
Physiologie.	LANNEGRACE.
— Hédon (Ch. de c.)	
Clinique chirurgicale.	TÉDENAT.
Clinique obst. et gynécol.	GRYNFELTT.
Anat. pathol. et histol.	KIENER ✻.
Thérap. et Matière médicale.	HAMELIN ✻.
Anatomie.	PAULET (O. ✻ ✠).
Pathologie interne.	CARRIEU.
Clinique des mal. ment. et nerv.	MAIRET.
Physique médicale.	IMBERT.
Botan. et Hist. Nat. méd.	GRANEL.
Pathologie externe. (ch. de c.)	ESTOR.
Opérations et appareils. (ch. de c.)	FORGUE.

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. ✻ ✠).

Prof. honor. M. DUPRÉ (O. ✻ C. ✠),

Chargés de Cours de Cliniques annexes :

Clinique annexe des maladies des vieillards.	MM. N..., agrégé.
Histologie	BLAISE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des enfants.	BAUMEL, agrégé.
Clinique annexe ophthalmologique	TRUC, agrégé.
Accouchements	GERBAUD, agrégé.
Clinique annexe des mal. syphilit. et cutan.	BROUSSE, *agrégé.*

Agrégés en Exercice

Messieurs :	Messieurs :	Messieurs
DE GIRARD.	VILLE.	BROUSSE.
SERRE.	FORGUE.	SARDA.
REGIMBEAU (✻).	TRUC.	ESTOR.
BLAISE.	GERBAUD.	HÉDON.
BAUMEL.	GILIS	LECERCLE.

M. H. GOT, Secrétaire.

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire honoraire.

Examinateurs de la Thèse :

MM. GRASSET, *président.*
CARRIEU, *professeur.*
REGIMBEAU, *agrégé.*
BROUSSE, *agrégé.*

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS

F. DUFOUR.

A MES AMIS

A Monseigneur BONNET, Évêque de Viviers

Témoignage de ma profonde gratitude.

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur GRASSET

F. DUFOUR.

INTRODUCTION

Tous les auteurs qui ont étudié d'une façon spéciale l'hystérie ont été frappés de la fréquence de ses manifestations laryngées.

Thaon (1), dans son intéressant mémoire sur l'hystérie et le larynx, va jusqu'à dire que cette névrose a une prédilection aussi marquée pour le larynx que pour l'appareil génital; mais il avoue que les motifs de cette prédilection sont inconnus.

Étant donné un sujet en puissance d'hystérie, est-ce une inflammation légère ou grave, un traumatisme insignifiant ou sérieux, qui sollicitent la névrose à se porter sur le larynx? ou plutôt, ces manifestations apparaissent-elles comme étant d'ordre réflexe et liées à des modifications se passant du côté de l'utérus ou des annexes?

Certes, de nos jours, on a réagi avec juste raison contre les théories anciennes qui donnaient à la névrose un point de départ exclusivement génital, dans le sens le plus large du mot; mais il ne faudrait pas tomber dans l'excès contraire et nier l'influence que peuvent avoir, sur l'apparition de phénomènes hystériques, les modifications survenant du côté des organes génitaux. Nous serions donc porté, en présence de ces opinions opposées, à nous demander si la vérité ne serait pas dans un juste milieu et, en admettant une parenté physiologique et pathologique entre le larynx et l'utérus, à partager les idées de Brown-Séquard, qui considère

(1) Thaon. L'hystérie et le larynx. Congrès de Milan 1880.

les paralysies laryngées d'origine hystérique comme des paralysies réflexes, des altérations de l'utérus et de ses annexes. Nous aurons d'ailleurs l'occasion de revenir sur cette question au chapitre «Pathogénie», en exposant les diverses théories qui ont été émises sur ce sujet.

Avant de commencer cette étude, nous devons adresser publiquement à nos maîtres des hôpitaux ou de l'École de médecine l'expression de notre reconnaissance.

Que M. le professeur Chapplain, directeur de l'Ecole, sous les auspices duquel nous avons fait nos premiers pas en chirurgie, veuille bien recevoir nos premiers remerciements.

Nous envoyons aussi l'expression de notre vive gratitude à MM. les professeurs Arnaud et Fallot; MM. les D[rs] Poucel, Fioupe, Coste et d'Astros, dont nous avons été l'élève et dont les conseils éclairés ne nous ont jamais fait défaut.

Nous n'avons garde d'oublier M. le professeur Livon et M. le D[r] Pilatte, qui, avec une extrême obligeance, nous ont donné d'utiles renseignements pour notre thèse.

Enfin, nous remercions vivement M. le professeur Grasset d'avoir bien voulu en accepter la présidence.

DE LA

PARALYSIE HYSTÉRIQUE

DES DILATATEURS DE LA GLOTTE

CHAPITRE PREMIER

CLASSIFICATION DES PARALYSIES LARYNGÉES

Nous croyons utile, au début de ce travail, de donner une classification des paralysies laryngées et d'indiquer la catégorie à laquelle se rattache la paralysie hystérique des dilatateurs de la glotte.

Nous prendrons la classification que Lefferts, de New-York, a proposée au Congrès de Londres de 1881.

Cet auteur distingue cinq grandes classes :

1° Paralysies résultant d'un état morbide général, habituellement aigu, des centres nerveux ou des troncs communs nerveux ; lésion uni ou bilatérale, la corde ou les cordes vocales prenant la position cadavérique.

2° Paralysies résultant d'une lésion partielle en général, lentement progressive, des centres nerveux : certains noyaux

des centres ou certaines fibres des nerfs seulement étant intéressés, il n'y a que quelques muscles paralysés.

Les muscles abducteurs de la glotte sont particulièrement sujets à cette forme de paralysie; la lésion peut être uni ou bilatérale.

3° Paralysie isolée des divers muscles du larynx, résultant de ce qu'une lésion locale ou intra-laryngée a intéressé quelques rameaux nerveux périphériques.

4° Paralysie d'un muscle ou d'un groupe de muscles laryngés, résultant uniquement d'altérations myopathiques de ces muscles.

5° Paralysies de mouvement de nature fonctionnelle; les adducteurs sont en général atteints, les abducteurs très rarement.

«Dans ce cinquième groupe, dit Lefferts, il s'agit d'une action musculaire insuffisante qui n'est due en aucune façon à des lésions des centres ou des troncs nerveux, ni à des altérations musculaires, mais qui trouve son origine dans ce singulier état psychique dénommé hystérie.»

Ce sont les paralysies de ce groupe, et celles portant exclusivement sur les muscles abducteurs, c'est-à-dire sur les crico-aryténoïdiens postérieurs, qui doivent faire l'objet de ce travail. Auparavant, il nous paraît nécessaire d'esquisser rapidement l'anatomie et la physiologie de ces muscles.

ANATOMIE

Le muscle crico-aryténoïdien postérieur est plat, épais et de forme triangulaire. Il s'insère sur une petite dépression située en dehors de la ligne médiane de la face postérieure du cricoïde. De là, ses fibres se portent de bas en haut et de dedans en dehors, et vont se fixer à l'apophyse postérieure externe qu'on remarque à la base du cartilage aryténoïde, correspondant entre les insertions des muscles ary-aryténoïdiens et des aryténoïdiens latéraux.

La face postérieure de ce muscle est recouverte par la muqueuse pharyngienne qui lui est unie par du tissu conjonctif lâche.

PHYSIOLOGIE

L'action de ce muscle est facile à saisir dès que l'on connaît les points où il s'insère. En effet, son point d'insertion fixe étant sur le cricoïde, sa contraction fait exécuter aux cartilages aryténoïdes un mouvement de rotation, en vertu duquel les apophyses antérieures internes, autrement dites vocales, se portent en dehors. Les cordes inférieures ont précisément leurs insertions postérieures sur ces apophyses vocales; elles

suivent donc leur mouvement et s'écartent l'une de l'autre en agrandissant ainsi l'ouverture glottique.

Le crico-aryténoïdien postérieur est le seul muscle qui puisse amener les cordes vocales inférieures dans l'abduction : par suite, il est le seul dilatateur de la glotte.

Cette action se produit par l'intermédiaire du récurrent qui innerve tous les muscles du larynx, à l'exception du crico-thyroïdien, lequel reçoit des branches du laryngé supérieur, et, d'après les recherches récentes d'Exner (1), d'Onodi (2), de Livon (3), reçoit aussi des fibres motrices du plexus pharyngien.

Mais, les fibres du récurrent ont une double origine, puisqu'il prend naissance du pneumogastrique, après que ce dernier a reçu la branche interne du spinal. Nous savons de plus, d'après les expériences de Claude Bernard, que le spinal est le nerf qui préside à la phonation, tandis que le pneumogastrique ne fournit au larynx que des filets respiratoires.

Le récurrent possède donc les actions physiologiques de ces deux nerfs. Si l'on vient, en effet, à le sectionner chez un animal, il se produit de l'aphonie, et si l'animal est jeune, que la glotte inter-cartilagineuse soit peu développée, il y a asphyxie.

La physiologie n'a pu jusqu'ici isoler l'une de l'autre ces deux actions et nous montrer un récurrent purement phonateur à côté d'un récurrent purement respirateur. La clinique seule a constaté ce dédoublement fonctionnel, par l'observation de paralysies isolées des muscles du larynx. Nous verrons plus loin comment on a essayé d'expliquer ces paralysies iso-

(1) Exner. Arch. für gesammelte phys., t. XLIII, p. 22, 1888.

(2) Onodi. Centralb. für die med. Wissensch., p. 961, 1888.

(3) Innervation du muscle crico-thyroïdien, par Ch. Livon, professeur de physiologie à l'Ecole de médecine de Marseille. Arch. de physiol. 1890, n° 3, p. 597.

lées et combien les idées émises à ce sujet sont peu satisfaisantes et jettent un jour bien incertain sur ce point encore très discuté.

Dans ces dernières années, on a cherché pour les muscles du larynx un centre cortical moteur analogue aux centres qui existent pour les muscles des membres supérieurs et inférieurs, de la face, du cou, etc. Garel (1) avait indiqué le pied de la troisième circonvolution frontale droite comme le siège de ce centre. Depuis, François Franck (2) a démontré expérimentalement que l'excitation des zones excito-motrices de l'écorce peut déterminer la contraction de l'orifice glottique, quel que soit le point sur lequel ait porté l'excitation. De nouvelles recherches sont nécessaires pour élucider cette question.

(1) Ann. mal. oreilles et larynx, juin 1886.
(2) Leçons sur les fonctions motrices du cerveau. Paris 1887.

CHAPITRE II

PATHOLOGIE

Historique. — L'étude de la paralysie isolée des dilatateurs de la glotte est de date récente. Le premier cas a été publié en Allemagne par Gerhardt, en 1863 ; mais il ne s'agissait pas d'une paralysie hystérique. Puis, Naunyn, Morrell-Mackensie, Jacksonn publient des observations où la névrose est incriminée. Paul Kock (de Luxembourg) consacre à la symptomatologie et au diagnostic de l'affection (in *Ann. mal. or. et larynx.* 1877-78) des articles très remarquables ; mais il faut arriver au mémoire de Burrow *(Berliner Klinische Wochenschrifft* 1879) pour avoir un travail complet sur la question. Burrow cite et analyse 35 cas de paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs, dont 5 reconnaissent pour cause l'hystérie.

Thaon, au Congrès de Milan de 1880, lit un mémoire très intéressant sur l'hystérie et le larynx.

En 1881, Ducau (de Bordeaux), dans un travail publié dans la *Revue mensuelle de laryngologie*, évalue à 50 le nombre des observations de paralysie des dilatateurs publiées jusqu'à cette époque. Sur ce nombre, dix seulement sont imputables à l'hystérie (1 cas de Naunyn, 1 de Schiffers, 1 de Biermer, 1 de Semon, 5 de Burrow et 1 de Ducau).

Depuis, un certain nombre de cas ont été publiés : en

France, par Aysaguer (1), Gouguenheim (2), Hischmann (3); en Angleterre, par Semour (4), Semon (5), Gordon Holmes (6), et Percy-Lind (7) ; en Allemagne, par Aronhson (8); aux Etats-Unis, par Solis-Cohen (9) et Jelenffy (10). Mais, parmi toutes ces observations, nous n'en avons pas rencontré où l'hystérie fût franchement incriminée.

SYMPTOMES

Les symptômes de la paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs sont de deux ordres : les uns sont rationnels et suffiraient pour porter le diagnostic, au dire de certains auteurs ; les autres sont fournis par l'examen laryngoscopique.

Le premiers consistent dans le cornage, avec dyspnée inspiratoire, l'intégrité de la voix, l'expiration facile.

Le cornage a été défini par Empis « une respiration rude, rauque et stridente, s'entendant à distance et à maximum inspiratoire. »

(1) Paralysie des dilatateurs de la glotte pendant la grossesse. Union médicale, mars 1885.

(2) Ann. maladies or. et larynx 1886-1887.

(3) Ann. mal. or. et larynx 1886.

(4) Paralysie bilat. des crico-aryt. post. Lancet, 1883.

(5) Paralysie des dilatateurs (Société clinique de Londres 1887).

(6) Paralysie des dilatat. de la glotte, par Gordon Holmes. Lancet 1887.

(7) Paralysie bilatérale des dilatat. de la glotte, avec parésie des constricteurs. Lancet (juillet 1887).

(8) Pathologie des dilatat. de la glotte (Deut. med. Woch., nº 26, 1889.

(9) Transact. of. the Philadelphie, 1886.

(10) New-York medical Journal, 31 août 1889.

Ce symptôme existe à des degrés divers; mais, dans aucune autre sténose laryngienne, il n'est aussi développé, et on l'a observé dans tous les cas de paralysie crico-aryténoïdienne postérieure de cause centrale ou périphérique. Son intensité est telle, dans certains cas, que le malade devient absolument insupportable à son entourage.

Paul Kock (1) rapporte une observation où le bruit était tellement accentué pendant le sommeil que, dans toute l'aile du couvent, personne ne pouvait dormir la nuit.

Un malade de Burrow (2) avait l'inspiration tellement hurlante que, non seulement les malades de la même salle, mais encore ceux des salles au delà du corridor, s'en plaignaient.

Dans un deuxième cas du même auteur, le cornage était d'une telle intensité qu'on l'entendait à travers trois salles.

Ziemssen (3) nous dit qu'il se vit contraint d'écarter son malade du bâtiment de la clinique et de le loger dans une maisonnette au fond du jardin.

Enfin, dans notre observation I, les voisines de notre jeune hystérique se plaignaient, tous les matins, de ne pouvoir reposer la nuit, et nous demandaient de les débarrasser d'une malade aussi gênante.

Ce symptôme a donc une haute valeur diagnostique, quelle que soit la cause de la paralysie ; aussi, Semon n'hésitait-il pas à affirmer, il y a peu d'années (1887), devant la Société clinique de Londres que lorsqu'on entendait, dans une salle d'hôpital, un phtisique respirer avec ce sifflement inspiratoire prononcé, on pouvait presque à coup sûr diagnostiquer une paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs.

(1) In. Ann. malad. or. et larynx 1879.

(2) *Loc. cit.*

(3) Ziemssen. Paralysie du larynx. Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie Leipzig, 1885.

2° La dyspnée accompagne ordinairement le cornage et, comme ce dernier, elle peut avoir une intensité variable ; un de ses caractères, c'est d'augmenter au moindre effort; nous verrons plus loin pourquoi, dans certains cas, elle nécessite la trachéotomie.

3° L'intégrité de la voix, coïncidant avec le cornage et la dyspnée, a été notée comme un bon signe rationnel de la paralysie cryco-aryténoïdienne postérieure. Il ne faudrait pas toutefois donner à ce signe une valeur absolue.

Paul Kock (1) dit à ce propos : « Il ne faut considérer cette voix normale qu'au point de vue des fonctions phoniques du larynx et faire abstraction de son étendue, ainsi que de sa force, qui sont diminuées dans notre paralysie comme dans tout affaiblissement de la capacité vitale des poumons. Si cette intégrité des fonctions phoniques du larynx possède sa valeur réelle et incontestable, il faut convenir, d'un autre côté, que l'absence de ce signe précieux ne nous donne pas le droit d'exclure catégoriquement la paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs ; au contraire, nous possédons des exemples non douteux où non seulement la voix était voilée, mais qui présentaient la dyspnée inspiratoire combinée à l'aphonie complète. »

Burrow, sur 35 observations, note onze fois la voix rauque et deux fois l'aphonie totate.

Un des premiers cas de paralysie des dilatateurs qui ait été publié présentait de l'aphonie complète. Il s'agissait d'un malade de Jacksonn et Mackensie (1866), qui mourut étouffé, et à l'autopsie duquel l'on ne put trouver la cause centrale de la paralysie.

Comme dernier symptôme rationnel, nous noterons l'expiration facile, contrastant avec la difficulté de l'inspiration.

(2) *Loc. cit.*

Ce signe est très important; mais il n'a de valeur absolue que chez l'adulte; chez l'enfant, en effet, en raison du peu de développement de la glotte inter-cartilagineuse, autrement dite respiratoire, il pourrait aussi bien être l'expression d'une paralysie laryngienne complète.

L'examen laryngoscopique nous montre, comme signe constant de la paralysie des dilatateurs, l'immobilité des cordes vocales et leur rapprochement sur la ligne médiane.

Elles limitent entre elles un espace représentant assez exactement un triangle isocèle très allongé et dont les bords sont très rapprochés. La base de ce triangle est constituée par l'intervalle qui existe normalement entre les aryténoïdes pendant l'inspiration.

Si le malade cherche à faire une forte inspiration, les cordes, loin de s'écarter, ont une tendance au contraire à se rapprocher davantage.

Le courant d'air expiratoire soulève les cordes en produisant entre elles un écart variable.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

Nous avons vu que le récurrent conduit au larynx deux sortes de filets moteurs: les uns, provenant du pneumogastrique, président aux mouvements respiratoires; les autres, provenant du spinal ne servent qu'à la phonation. Nous savons, de plus, que l'anatomie n'a pu isoler dans le récurrent ces deux sortes de filets nerveux; dès lors, comment expliquer

la paralysie isolée des crico-aryténoïdiens postérieurs, alors que les autres muscles du larynx, innervés par le même nerf, sont intacts ?

Cette question est loin d'être résolue. Les auteurs sont d'accord, dans leurs statistiques, pour constater la plus grande fréquence des paralysies isolées des abducteurs, mais les explications qu'ils en donnent ne peuvent guère être admises.

Isambert nous dit, lorsqu'il s'agit de paralysies de cause périphérique : « Toute compression ou lésion du récurrent produit à la fois la paralysie des dilatateurs et des constricteurs animés par ce nerf ; mais la paralysie du dilatateur est seule apparente au laryngoscope. En effet, dès que l'action du crico-aryténoïdien postérieur ne se fait plus sentir, la corde retombe inerte sur la ligne médiane, par suite de la rentrée de l'air dans l'inspiration et par la disposition des articulations du larynx. C'est un effet de valvule qui a été bien indiqué depuis longtemps, dès les premiers travaux de Longet (1), et auquel les constricteurs ne prennent aucune part, qu'ils soient paralysés ou non. »

Toubin (2), dans sa thèse, ne partage pas l'opinion d'Isambert ; d'après lui, l'image laryngoscopique est tout autre quand constricteurs et dilatateurs sont paralysés à la fois ; les cordes vocales occupent alors la position intermédiaire à la phonation et à une inspiration profonde ; elles sont dans la position cadavérique, ainsi que Ziemssen l'a dénommée.

Semon (3) explique de la manière suivante la paralysie isolée des crico-aryténoïdiens postérieurs :

1° Les fibres nerveuses du récurrent sont disposées d'une façon concentrique et les fibres abductrices sont les plus

(1) Annales mal. du larynx, 1875, p. 289.
(2) Toubin. Paralysie des dilatateurs de la glotte, Paris 1882.
(3) Semon. Arch. of. Laryngol, t. II, n° 3, juillet 1881.

superficielles, par suite les plus exposées à toute cause de compression.

2° Les fibres des adducteurs sont moins fragiles et, en cas de lésions, les quelques fibres intactes suffisent pour transmettre l'influx nerveux central.

3° Les muscles adducteurs reçoivent un supplément d'innervation du nerf laryngé supérieur.

Cette théorie, qui ne repose que sur de pures hypothèses, ne nous satisfait nullement, et, dans tous les cas, elle ne s'applique qu'aux paralysies de cause périphérique, laissant de côté les paralysies de cause centrale et de nature essentielle réflexe, comme celles qui relèvent de l'hystérie.

Rosembach (Contribution à l'étude des paralysies des cordes vocales ; *Monatschrifft für Ohrenheilkunde*, 2, 3, 1882) écrit:

« La paralysie périphérique ou centrale des récurrents atteint d'abord les muscles dilatateurs ; plus tard, les constricteurs de la glotte, d'après la règle générale que toute paralysie de troncs nerveux ou d'organes centraux frappe plus fortement les muscles extenseurs ou abducteurs, que les fléchisseurs ou adducteurs et les sphincters ».

Il est facile de répondre à Rosembach que, dans la plupart des cas de paralysie des abducteurs observés jusqu'ici, les constricteurs n'ont pas été pris consécutivement, et que, aussi longue qu'ait été la durée de l'affection chez les premiers, on n'a nullement remarqué la paralysie des seconds se produisant suivant l'ordre indiqué par cet auteur.

En somme, on voit par ce qui précède que la question des paralysies isolées des dilatateurs de la glotte est encore pleine d'inconnu et que la physiologie n'a pu éclaircir jusqu'ici les faits que la clinique a mis si nettement en relief.

Quant aux symptômes de la paralysie des abducteurs : cornage, dyspnée, intégrité de la voix, expiration facile, ils sont d'une explication plus aisée.

Le cornage est un phénomène purement physique produit à l'inspiration par le passage de la colonne d'air à travers la glotte rétrécie, les cordes vocales étant saines ; pendant le sommeil, par suite du relâchement musculaire, les cordes sont moins tendues, et le cornage prend un timbre différent ; il est plus bruyant et d'une tonalité plus basse que dans l'état de veille.

La dyspnée est liée à la difficulté de l'inspiration. L'air ne passe pas en quantité suffisante à travers la fente glottique trop étroite et inextensible. Si le malade veut faire une inspiration forcée, cette inspiration, dit Paul Kock (1), «ne fait que raréfier l'air des poumons sans écarter les cordes vocales que l'accroissement relatif de la pression atmosphérique extérieure rapproche davantage». C'est ce qui explique pourquoi le malade évite tout mouvement anormal, tout effort qui, en exigeant une inspiration profonde, a pour effet de rapprocher les cordes vocales au lieu de les écarter, comme cela se produit à l'état sain, et d'augmenter ainsi la suffocation.

La conservation habituelle de la voix est due à l'intégrité des portions vraiment phonétiques. Cependant, il n'est pas rare de rencontrer de l'aphonie dans la paralysie crico-aryténoïdienne postérieure sans qu'on puisse en donner une explication satisfaisante.

La facilité de l'expiration résulte de ce fait purement mécanique que la colonne d'air expiré arrive avec une certaine force sur les cordes vocales inférieures et les écarte l'une de l'autre en les soulevant légèrement.

(1) *Loc. cit.*

PATHOGÉNIE ET ETIOLOGIE

La pathogénie des paralysies laryngées d'origine hystérique est encore peu connue, comme le démontre la diversité des opinions émises à ce sujet.

C'est que l'hystérie est une névrose si capricieuse, si changeante, qu'il est difficile de saisir dans toutes ses manifestations la relation de cause à effet et d'établir ensuite des règles générales.

Pour Brodie, Romberg, Hasse, Winslow, les paralysies laryngées hystériques seraient d'origine centrale ; il y aurait une diminution de l'impulsion motrice, laquelle deviendrait insuffisante pour mettre en jeu le système musculaire.

Piorry, Gendrin, Landouzy, Leroy-d'Etiolles pensent qu'elles ont leur point de départ dans la moelle et qu'il y aurait déperdition de l'influx nerveux après les attaques. Malheureusement pour cette théorie, il est fréquent de voir des paralysies hystériques primitives antérieures à toute attaque et à toute autre manifestation de la névrose.

Pour Mandl, elles seraient dues à un trouble fonctionnel du spinal.

Benedikt croit à la possibilité d'un changement dans la disposition moléculaire, dans l'état électrique des cellules.

Briquet considère la paralysie hystérique comme une lésion dynamique pouvant avoir son siège dans les centres nerveux et à la périphérie.

Lotz *(Die psychische Lâhmung der Stimmbander. Corresp.*

Bl. f. Schweiger Aerszte 1877) admet que l'influence psychique joue dans sa production une part prépondérante.

Jaccoud (1) partage aussi cette opinion. «On sait que des excitations psychiques très vives, la terreur entre autres, font souvent disparaître instantanément la paralysie, et que l'annonce pompeuse d'une médication nouvelle ou la crédulité adroitement mise en œuvre produisent parfois des guérisons qui ont toute l'apparence du miracle.»

Enfin, nous citerons en dernier lieu l'opinion de Brown-Séquard. Cet illustre physiologiste regarde les paralysies laryngées d'origine hystérique comme des paralysies réflexes, des altérations de l'utérus et de ses annexes.

Il est incontestable que l'hystérie apparaît souvent à la suite de modifications survenant du côté des organes génitaux.

«Dans les trois huitièmes des cas, dit Axenfeld, divers troubles menstruels précèdent l'invasion de la névrose ; d'autres fois, c'est la première apparition des règles qui devient l'occasion de son développement.» Et Bernutz écrit : «L'importance étiologique de la menstruation et de ses dérangements est tellement évidente que les observateurs qui, depuis Charles Lepois, ont le plus combattu la théorie galéno-hippocratique à laquelle ce fait a servi de fondement, ont, comme ceux qui ont accepté cette théorie, insisté sur ce point. Ils ont fait ressortir la fréquence non seulement des attaques hystériques à l'époque menstruelle qui est, on peut le dire, le moment d'élection, mais celle des cas dans lesquels la névrose succède si directement à une suppression brusque des règles qu'on est obligé de reconnaître qu'il existe dans les faits une relation de cause à effet ; enfin, la fréquence des cas dans lesquels on observe une coïncidence si marquée entre les troubles menstruels et le développement de l'hystérie qu'on

(1) Jaccoud. Path. interne.

ne peut se refuser à admettre une intime corrélation entre les deux phénomènes pathologiques.»

Si donc l'on accorde une influence considérable, dans la pathogénie des manifestations de l'hystérie, aux divers troubles de l'appareil génital, l'on comprendra aisément que la névrose ait une prédilection marquée pour le larynx, en vertu de la sympathie physiologique et pathologique qui existe entre ce dernier organe et l'utérus.

Dans notre observation I, les accidents laryngés primitifs ne se sont produits, très probablement, qu'à l'occasion du prochain rétablissement des règles.

Dans le même ordre d'idées, il sera rationnel d'admettre que la grossesse, chez des femmes nerveuses qui n'auraient même pas offert jusqu'alors des signes manifestes d'hystérie, soit capable d'appeler la névrose vers le larynx.

Ayssaguer (1) en a publié une très intéressante observation, où il dut pratiquer à deux reprises la trachéotomie.

En somme, si la nature même de la paralysie hystérique est encore très obscure et peu connue, nous pouvons dire du moins que, parmi les causes occasionnelles qui sollicitent la névrose à se localiser sur le larynx, les modifications physiologiques ou pathologiques de l'appareil génital occupent le premier rang.

Les autres causes le plus souvent signalées sont : un traumatisme léger, le froid, une inflammation souvent insignifiante de la muqueuse laryngée ; d'autres fois, c'est dans une tumeur ou une inflammation du pharynx qu'il faut chercher le point de départ de la paralysie réflexe.

(1) Ayssaguer. Paralysie des dilatat. de la glotte pendant la grossesse. Deux trachéotomies. (Union médicale 1885, 31 mars).

DIAGNOSTIC

Le diagnostic comporte deux points : Y a-t-il paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs ? Cette paralysie est-elle de nature hystérique ? Nous n'énumérerons pas de nouveau tous les symptômes qui servent à diagnostiquer la paralysie des dilatateurs, nous dirons seulement que les symptômes rationnels, quoique ayant une très grande importance, puisqu'ils commandent parfois un traitement immédiat, ne nous paraissent pas suffisants pour affirmer le diagnostic.

Ce n'est pas l'avis de tous les auteurs, de Semon notamment, qui prétend que chez certains malades, les tuberculeux par exemple, la respiration pénible, avec un sifflement inspiratoire prononcé, peut faire diagnostiquer à coup sûr une paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs. Nous croyons, au contraire, que la consécration du diagnostic ne peut être faite que par l'examen laryngoscopique.

Cet examen nous montre d'abord si l'arrière-gorge, la muqueuse du pharynx et du larynx sont le siège d'une inflammation ou d'une lésion quelconque ; il restreint ainsi le nombre des causes pouvant engendrer l'affection ; de plus, lui seul nous donne les éléments nécessaires pour faire le diagnostic différentiel entre la crampe des adducteurs des cordes vocales et la paralysie des abducteurs.

Pendant longtemps, on a admis comme entité pathologique indiscutable la paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs: dans ces dernières années seulement, on s'est demandé si

cette paralysie ne serait pas simplement un spasme des adducteurs.

Krause (1), après de nombreuses expériences sur des chiens, démontre qu'après la section du récurrent, l'excitation du bout périphérique produit de l'adduction avec contraction des muscles constricteurs du larynx. Il conclut que l'excitation du récurrent par compression ou névrite détermine une contracture des muscles adducteurs et, par suite, le resserrement de l'orifice glottique. La position des cordes vocales sur la ligne médiane est alors sensiblement la même que dans le cas de paralysie des dilatateurs.

Cette théorie rencontre de nombreux partisans, parmi lesquels Schnitzler et Krishaber. Mais Donaldson (2) et Hooper (3) en Amérique, Livon (4) en France, reprennent les expériences de Krause. Ils expérimentent sur des chiens et des chats, en employant comme anesthésiques, soit l'éther, soit le chloral morphiné en injections intrapéritonéales. Les résultats obtenus ne résolvent nullement le problème.

Pour Donaldson, une faible excitation des récurrents produit une dilatation de la glotte ; une excitation intense détermine l'occlusion. Livon constate qu'on obtient des effets d'ouverture ou d'occlusion de la glotte en faisant varier le rythme des interruptions du courant employé, et non en en changeant l'intensité ; et Hooper conclut : « L'action du récurrent varie suivant les animaux; elle varie aussi suivant l'anesthésique employé et le degré de narcose ; aussi, rien de positif ne peut-il ressortir de ces recherches minutieuses. » Est-ce à dire que la question ne puisse être résolue?

(1) Krause. Contrac. des adducteurs. Deutsches Arch. Bd. XXXVIII, Hf. 4-5.
(2) Donaldson. Americ. Journal of. the med. sc., juillet 1886.
(3) F. Hooper. New-York med. Journal, juillet, août et nov. 1887-88.
(4) Ch. Livon. Action des nerfs récurrents sur la glotte. Arch. de physiologie 1890, n° 3.

Nous pensons que la clinique peut fournir des points de repère assez importants pour distinguer la paralysie des dilatateurs du spasme des adducteurs.

Dans le premier cas, le laryngoscope nous montre les cordes vocales tendues sur la ligne médiane ; pendant la phonation, leur mouvement est perceptible au miroir; elles se rapprochent d'une façon complète pendant l'inspiration et s'écartent légèrement dans l'expiration.

Comme conséquence de ces diverses positions, nous notons un cornage essentiellement inspiratoire, la conservation habituelle mais non constante de la voix, l'expiration très facile.

Dans le second cas, les cordes vocales sont tendues et immobiles pendant l'inspiration, d'où l'impossibilité absolue de produire des sons normaux et l'intensité égale du cornage pendant les deux phases d'une respiration complète.

De plus, dans la paralysie, le début est ordinairement progressif et l'affection de longue durée ; tandis que, dans le spasme, le début est brusque ; les symptômes deviennent rapidement alarmants, mais sont d'ordinaire de courte durée.

Comment diagnostiquer ensuite que l'on a affaire à une paralysie hystérique? Ici l'on doit procéder par élimination. Au moyen du laryngoscope, on écartera toutes les affections inflammatoires du pharynx et du larynx, et l'absence de toute lésion portera l'attention vers une cause purement nerveuse, vers l'hystérie. Par l'interrogatoire de la malade, les commémoratifs, l'examen de la sensibilité et du réflexe pharyngé ; par la constatation de l'ovaralgie, de la mastodynie, du clou hystérique, de zones hystérogènes, de ces signes enfin qui ont été dénommés par Charcot «stigmates de l'hystérie», on arrivera aisément à attribuer à la névrose l'origine de la paralysie qui nous occupe.

S'il survient une ou plusieurs attaques, le diagnostic n'en est que plus facile. Parfois, néanmoins, il présente quelque

difficulté : On a affaire à une personne impressionnable, nerveuse, mais qui n'a jamais eu de crises et qui ne présente pas de signes d'hystérie manifestes ; dans ce cas, la disparition brusque des accidents sous l'influence de l'électricité ou même sans aucun traitement nous prouvera leur origine nerveuse.

Quant au diagnostic différentiel avec la laryngite striduleuse, nous n'y insisterons pas outre mesure ; cette dernière affection est particulière à l'enfance, et, bien que l'hystérie soit loin d'être rare chez les enfants, nous n'avons pas trouvé dans la littérature médicale de cas où ce diagnostic différentiel ait été fait. On a aussi signalé les arthrites des articulations crico-aryténoïdiennes comme pouvant en imposer pour une paralysie des dilatateurs. En effet, l'action de ces derniers muscles ne peut avoir lieu, puisque les aryténoïdes sont immobilisés par suite de l'impossibilité des mouvements articulaires. Les cordes vocales sont alors rapprochées sur la ligne médiane et ne s'écartent pas l'une de l'autre pendant l'inspiration. Mais l'arthrite des articulations crico-aryténoïdiennes n'est pas primitive. Elle est presque toujours de nature tuberculeuse, et il est facile de retrouver aux poumons ou ailleurs d'autres signes de tuberculose et de faire ainsi le diagnostic.

MARCHE. — DURÉE. — PRONOSTIC

La marche de l'affection est capricieuse, comme tout ce qui a trait à l'hystérie. Le début de la paralysie peut être brusque ; mais, le plus souvent, elle s'établit graduellement, à l'occasion, d'un traumatisme, du froid, d'une émotion morale

vive, de troubles menstruels, des premières règles. Elle peut indifféremment se produire avant ou après des attaques convulsives et même figurer parmi les premières manifestations de l'hystérie. Dans quelques cas, les attaques produisent une amélioration dans l'intensité des symptômes (Obs. I).

Sa durée peut être longue, comme aussi on la voit disparaître aussi brusquement qu'elle a débuté.

Le pronostic est variable ; il est moins grave que ne le laissaient supposer les premières observations.

Bonnemaison (1), partageant l'opinion de Semon, écrivait encore en 1881 : « Le pronostic de ces paralysies est, en somme, des plus désespérants. »

Nous ne sommes pas de cet avis, et croyons, au contraire, avec Ducau (2), que « vingt fois sur cent, les paralysies de cette nature sont susceptibles de disparaître spontanément ou sous l'influence électrique ».

La phrase de Bonnemaison s'appliquerait plutôt au spasme ; les faits rapportés par Michon, Briquet et Velpeau, cités par Axenfeld, celui de Niemeyer relaté par Koch (3), où la trachéotomie fut pratiquée, paraissent se rapporter plutôt à un spasme de la glotte qu'à une paralysie des dilatateurs.

De plus, dans les paralysies hystériques, l'atrophie musculaire est rare ; on aura donc moins à redouter des conséquences éloignées que dans les paralysies de nature différente.

(1) Revue médic. de Toulouse, nos 2, 4, 5, 1881.
(2) *Loc. cit.*
(3) *Loc. cit.*

TRAITEMENT

Le traitement de la paralysie hystérique des dilatateurs de la glotte varie suivant l'intensité et la gravité des symptômes. Lorsque ces derniers ne sont pas alarmants et ne paraissent pas mettre en danger d'une façon immédiate la vie de la malade, on a recours à divers agents thérapeutiques, parmi lesquels nous citerons : l'électricité, les douches, le bromure de potassium, les révulsifs sur le larynx, le sulfate de strychnine préconisé par Lennox-Browne, soit en granules, soit en injection hypodermique à la dose de 1 à 2 milligrammes.

L'électricité mérite une mention spéciale. E. et J. Bœckel (1) affirment que dans les paralysies hystériques, son emploi sous forme de courants induits ou de courants constants a donné de très beaux résultats.

Penzoldt (2) obtint un succès en ayant recours à la faradisation, après avoir vainement essayé la galvanisation.

Klemm (3) vante aussi les bons effets de l'électrisation.

Moure (4), dans ses « Leçons sur les maladies du larynx », accorde ses préférences aux courants faradiques. Il ajoute que, dans certains cas, les courants externes ne suffisent pas pour amener la guérison, mais « qu'il est nécessaire parfois de placer l'un des pôles à l'intérieur du larynx, ce qui constitue le second mode d'électrisation ou électrisation directe. L'inten-

(1) *In* dict. Jaccoud, art. Larynx.
(2) Revue des sc. médic. 1875.
(3) Revue des sc. médic., t. IX.
(4) Paris, O. Doin, 1890.

sité du courant doit être proportionnée au degré de la paralysie observée, à la résistance et à la tolérance plus ou moins grande de la malade ».

Il est bon d'instituer en même temps un traitement bromuré et hydrothérapique.

Pour Semon, toutes les médications que nous venons d'énumérer sont inutiles, et, « dans tous les cas de paralysie idiopathique ou non, il n'est qu'un seul moyen, curatif souvent, palliatif toujours, digne d'être employé : c'est la trachéotomie pratiquée de bonne heure. »

Nous ne partageons pas l'opinion de cet auteur; nous croyons, au contraire, que la trachéotomie ne doit être pratiquée que dans des cas exceptionnels.

En présence d'un cas de paralysie hystérique des dilatateurs, la conduite à tenir nous paraît être la suivante :

1° S'il n'y a pas menace immédiate d'asphyxie, employer l'électricité et les autres agents thérapeutiques énumérés plus haut.

2° Si les symptômes sont alarmants et le diagnostic d'avec le spasme difficile, essayer le chloral en lavement et au besoin les inhalations chloroformiques jusqu'à résolution musculaire complète.

En cas d'insuccès, pratiquer la trachéotomie ou de préférence le tubage de la glotte, opération plus simple, de beaucoup moins effrayante, et qui, depuis quelques années, tend à se substituer à la trachéotomie dans la pratique médicale courante.

Il est évident que si l'on soupçonne la cause occasionnelle de la paralysie, la thérapeutique doit être dirigée vers ce côté; si, par exemple, des modifications pathologiques concomitantes de l'utérus ou des annexes permettent de croire que l'affection est de cause purement réflexe, il est probable que le traite-

ment de ces altérations aura une influence heureuse sur la marche de la paralysie elle-même; on devra donc lui accorder une importance presque aussi grande qu'au traitement des accidents laryngés.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

Observation I.

(Personnelle).

Paralysie bi-latérale des crico-aryténoïdiens postérieurs chez une jeune fille de 14 ans, hystérique et non réglée.— Cornage bruyant.— Aphonie.— Difficulté de la déglutition.— Grandes attaques convulsives avec cessation des bruits laryngés. — Guérison.

La jeune Françoise L..., âgée de 14 ans, se présente à nous dans l'après-midi du 3 janvier 1891, au cabinet de garde de l'Hôtel-Dieu.

Ce qui nous frappe de prime abord en voyant cette jeune fille, c'est sa respiration rude, rauque et stridente, s'entendant à plusieurs mètres de distance. En l'examinant plus attentivement, on voit que ces phénomènes de cornage se produisent surtout à l'inspiration, qui est très pénible.

La malade met en jeu toutes ses puissances inspiratoires : la tête se porte en arrière, les épaules remontent sur le cou, et l'on peut voir les sterno-mastoïdiens se contracter énergiquement. L'expiration est facile.

Cependant la figure ne porte nullement l'angoisse que l'on s'attendait à voir avec une pareille dyspnée inspiratoire. Il n'y a pas de cyanose, les jugulaires ne sont pas gonflées. Il existe de l'aphonie complète.

La première idée qui nous vient à l'esprit est que nous avons affaire à un obstacle quelconque s'opposant à l'accès de l'air dans les voies respiratoires. Nous procédons immédiatement, à l'aide du laryngoscope, à un examen de l'arrière-gorge et de la glotte. Le miroir est très bien supporté. Nous constatons, dès ce moment, que le réflexe pharyngé, quoique non entièrement aboli, est considérablement diminué. Il n'existe ni rougeur, ni gonflement des amygdales, de la luette, de la muqueuse, du pharynx. Les replis ary-épiglottiques ne sont pas tuméfiés; nous apercevons les cordes vocales inférieures, rapprochées l'une de l'autre, rétrécissant la fente glottique. Un intervalle d'environ deux millimètres les sépare; leur coloration est nor-

male, blanc-nacré. Immobiles à l'inspiration ordinaire, elles sont soulevées et légèrement écartées par le courant d'air expiré.

Cet examen nous fait donc éliminer l'œdème de la glotte et toute localisation inflammatoire quelconque du pharynx et du larynx, et, comme les phénomènes de cornage avec dyspnée sont plus effrayants à voir que redoutables pour la vie de la malade, puisqu'il n'y a pas de cyanose ni de menace d'asphyxie immédiate, nous nous contentons de la faire surveiller pour qu'on nous prévienne au cas où les symptômes s'aggraveraient, et nous lui faisons prendre une potion avec 3 gr. de bromure de potassium.

4 matin. Elle n'a pas dormi de toute la nuit et ne peut tolérer la position horizontale. Elle reste constamment assise sur son lit ou sur sa chaise.

Le cornage est aussi bruyant que la veille et suscite des récriminations des autres malades, qui se plaignent de n'avoir pu reposer.

Interrogée sur le début de sa maladie, Françoise L..., qui ne peut parler qu'à voix basse, nous apprend que cet état a débuté dans la journée du 1er janvier. Elle a senti d'abord comme quelque chose «qui la serrait au cou, qui l'empêchait de respirer ; » puis la dyspnée est allée en croissant, au point qu'elle se cramponnait, dit-elle, à un barreau, un objet quelconque situé sur un plan plus élevé pour respirer plus facilement.

Auparavant, elle avoue avoir eu, à trois époques différentes qu'elle ne peut préciser, comme une sensation de boule montant du creux épigastrique jusqu'au cou ; jamais de crises nerveuses.

Dans ses antécédents personnels, nous ne relevons aucune maladie grave ; elle a toujours joui d'une bonne santé ; à 12 ans, elle a eu une fracture de jambe, parfaitement consolidée aujourd'hui. Elle n'est pas encore réglée.

Du côté des parents, rien de particulier.

Le père a 49 ans, est ouvrier tanneur et jouit d'une bonne santé. La mère, que nous avons eu l'occasion de voir et d'interroger, a 40 ans et se porte également bien. Elle nous dit que, dans sa famille, personne n'a jamais présenté de phénomènes nerveux. Les deux sœurs de notre malade ont une santé florissante.

Examen. — L'aspect du thorax ne révèle pas de dépression soit au creux épigastrique, soit au niveau de la fourchette sternale. La cage thoracique se soulève en bloc d'une seule pièce et d'une façon spas-

modique. On voit aussi à l'inspiration le diaphragme s'abaisser en plusieurs temps, comme par soubresauts.

A l'auscultation du poumon, nous ne trouvons pas de râles, l'inspiration est rude, sifflante, due à ce que l'air passe avec une assez grande force à travers l'orifice rétréci de la glotte.

L'auscultation du cœur n'accuse aucun bruit de souffle aux divers orifices, ainsi que dans les vaisseaux du cou.

La déglutition est assez difficile.

L'examen laryngoscopique, que M. le Dr Pilatte a bien voulu pratiquer avec nous, révèle les mêmes signes que ceux observés la veille: absence de toute inflammation; cordes vocales saines, immobiles dans l'inspiration ordinaire, rapprochées l'une de l'autre et donnant une image comparable à un triangle isocèle très aigu. (30 inspirations à la minute).

L'exploration de la sensibilité dénote la conservation de la sensibilité tactile, mais en même temps une analgésie absolue. On peut enfoncer des épingles dans la peau des joues, des bras, des jambes, du tronc, sans qu'elle accuse autre chose qu'une sensation de contact.

Pas d'ovaralgie, de mastodynie, de clou hystérique, de zones hyperesthésiques au niveau des angles des omoplates, en un mot absence de la plupart de ces signes appelés par Charcot « stigmates de l'hystérie. »

Notre chef de service, M. le professeur Fallot, pense néanmoins à cette névrose et prescrit des douches avec un traitement bromuré.

7 janvier. Pas d'amélioration notable, le cornage persiste toujours et, chose curieuse, ne paraît pas fatiguer la malade outre mesure. La difficulté de la déglutition ne permet que l'usage du lait et des soupes. L'aphonie persiste.

A 10 heures du matin, devant nous, attaque convulsive typique. Françoise L... tombe à terre en perdant connaissance. Après une période tonique très courte, la tête se renversant en arrière et sans qu'il y ait eu d'écume aux lèvres, survient la phase clonique: tout le corps est agité de mouvements cloniques très violents, la tête se porte avec force tantôt à droite, tantôt à gauche; on est obligé de maintenir la malade pour qu'elle ne se blesse pas; puis, arc de cercle très prononcé: le corps ne touche le sol que par les pieds et la tête qui s'infléchit sur la nuque. Ensuite, nouveaux mouvements désordonnés et à grande amplitude; elle s'arrache les cheveux et par moments porte

la main à son cou, comme pour en arracher quelque chose qui l'étouffe.

La sensibilité n'a pas disparu ; si l'on pince un membre, il réagit fortement. La cornée est sensible. La compression des ovaires que nous avons pratiquée dès le début de l'attaque n'a pas paru l'abréger, et ce n'est qu'au bout de 30 minutes que Françoise L... est revenue complètement à elle, en ne se rappelant de rien.

Chose remarquable, pendant la durée de la crise, le cornage a disparu ; ce n'est qu'à la fin seulement que la respiration est redevenue rauque et stridente, moins toutefois qu'auparavant. Cette amélioration persiste dans la soirée (19 respirations à la minute) : la difficulté de la déglutition est moindre ; la malade peut, pour la première fois, depuis son entrée à l'hôpital, manger un morceau de pain.

M. Fallot, pensant que l'établissement difficile de la menstruation entre pour beaucoup dans la pathogénie des troubles laryngés que présente notre hystérique, fait ajouter au traitement ordinaire trois capsules d'apiol.

9 janvier. Les deux nuits qui ont suivi l'attaque ont été relativement bonnes ; elle peut garder la position horizontale et n'éprouve plus le besoin de se lever sur son séant pour respirer.

L'examen laryngoscopique pratiqué avec l'aide de M. le Dr Pilatte ne nous donne rien de nouveau, sinon que l'intervalle qui sépare les rubans vocaux est un peu plus large qu'antérieurement.

Le soir, à quatre heures et demie, nouvelle attaque d'hystérie convulsive qui dure vingt minutes, mais qui est moins violente que la précédente. Les voisines nous disent que pendant cette seconde crise les bruits laryngés avaient complètement cessé.

12 matin. Aggravation. Le cornage est plus bruyant ; la nuit a été agitée ; elle n'a pu goûter le sommeil.

M. Fallot prescrit des pointes de feu sur le larynx et le trajet des pneumogastriques. Ces pointes de feu ne sont pas perçues douloureusement par la malade, qui s'agite néanmoins beaucoup à la pensée qu'on lui applique un fer rouge sur le cou. Les capsules d'apiol sont supprimées, aucun effet ne s'étant produit. La dose de bromure est portée de 2 et 3 à 4 grammes.

13. *Examen de la sensibilité.*— La sensibilité tactile persiste sur tout le corps, mais est obtuse dans certaines zones. Sensibilité thermique intacte. Analgésie complète. Nous piquons la malade avec des épingles

aux bras, aux jambes, au cou, sur l'abdomen, dans le dos, sans qu'elle manifeste la moindre douleur.

Une allumette enflammée, mise en contact avec la peau, ne produit qu'une sensation de chaleur, mais pas de douleur. Pas de zones hystérogènes.

Respiration moins rauque et moins pénible.

15 janvier soir. Nouvelle crise, mais différente des précédentes. La malade ne perd pas entièrement connaissance ; ses membres sont animés de violentes secousses cloniques : au bout de dix minutes, tout rentre dans l'ordre.

16 janvier matin. En se levant, elle s'aperçoit qu'elle ne peut plus marcher et qu'elle tombe en arrière, dès qu'elle cesse de se retenir à une chaise ou à un barreau du lit.

Nous lui ordonnons de marcher devant nous en faisant placer quelqu'un derrière elle pour la retenir en cas de chute. Au premier pas, elle tombe en arrière d'une seule pièce, comme si une force considérable agissait sur le plan antérieur du corps. Nous répétons l'expérience plusieurs fois, les mêmes phénomènes de rétropulsion se reproduisent. Il n'y a cependant pas de paraplégie et la force musculaire des membres inférieurs est considérable. Le réflexe rotulien est conservé ; si on chatouille la plante des pieds, elle éprouve une sensation de contact mais non de chatouillement, et réagit faiblement.

L'analgésie existe comme précédemment ; ces phénomènes de rétropulsion persistent jusqu'au 20. Pendant ce laps de temps, la malade n'a pu marcher qu'en prenant un point d'appui avec les mains. Par contre, le cornage a bien diminué, la déglutition s'opère bien ; elle a bon appétit.

29 janvier. L'analgésie est moins marquée du côté gauche. Les mouvements sont bien coordonnés. L'aphonie persiste. Les règles n'ont pas apparu; l'état général est bon.

31 janvier. Le cornage et l'aphonie ont cessé brusquement. La voix est claire, bien timbrée. Nous examinons son larynx et nous constatons la disparition complète des signes antérieurs. Les cordes s'écartent largement dans l'inspiration forcée. Quand on fait prononcer la voyelle *e*, on voit les cordes inférieures se rapprocher l'une de l'autre, en un mot, tout se passe comme à l'état normal. Nous gardons la malade en observation jusqu'au 22 février. Rien de nouveau ne s'est produit dans cette période ; elle sort à cette date complètement guérie de ses troubles laryngés, avec persistance de l'analgésie et sans que la menstruation se soit rétablie.

Observation II.

(Inédite, communiquée par M. le professeur Arnaud).

Accidents laryngés d'origine nerveuse simulant le croup. — Guérison complète sous l'influence des antispasmodiques.

Il y a quelques années, je fus appelé en toute hâte à l'hospice de la Charité, auprès d'une malade qui était en proie à un grave accès de suffocation. C'était une jeune fille de 16 à 17 ans environ, qui avait la voix et la toux rauques depuis 24 heures, lorsque dans la journée la dyspnée était devenue de plus en plus intense et avait rapidement pris un caractère assez alarmant pour faire craindre une terminaison fatale.

En effet, lorsque je la vis, l'état de cette jeune fille était loin d'être rassurant ; il rappelait tout à fait le tableau du croup au moment des accès les plus violents de la suffocation : aphonie, toux croupale, inspiration sifflante rauque et très pénible. Tirage, anxiété extrême, cyanose et diminution de la sensibilité cutanée.

L'examen de l'isthme du gosier, assez difficile à cause de la gêne respiratoire, ne révéla aucune trace d'angine ou de diphtérie. Anesthésie pharyngienne ; pas de gonflement appréciable des replis aryépiglottiques. La malade accusait la sensation d'un obstacle au niveau du larynx. L'examen laryngoscopique ne put pas être pratiqué.

Avant de me résoudre à une intervention chirurgicale, je me demandai si nous ne nous trouvions pas en présence de phénomènes purement nerveux d'une crise d'hystérie laryngée. L'événement ne tarda pas à confirmer cette opinion, car l'administration des antispasmodiques et du chloral en lavement suffit pour ramener le calme et pour faire cesser les symptômes asphyxiques si inquiétants que nous venions d'observer.

L'examen laryngoscopique n'ayant pu être pratiqué, nous ne pouvons conclure qu'il y ait eu dans ce cas paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs.

Pour certains auteurs, Semon entre autres, les symptômes

rationnels observés auraient suffi pour porter le diagnostic de paralysie. Toutefois, l'aphonie, la raucité de la toux, le début brusque des accidents, leur gravité, la rapidité avec laquelle ils se sont dissipés sous l'influence des antispasmodiques, peuvent nous laisser supposer que nous avons eu affaire à un spasme des adducteurs, aussi bien qu'à une paralysie des abducteurs. Nous le répétons, l'examen laryngoscopique seul aurait pu donner le véritable diagnostic.

Cette observation est néanmoins très intéressante, en ce qu'elle nous montre qu'il ne faut jamais se hâter, en pareil cas, de recourir à une opération chirurgicale, mais que l'on doit préalablement administrer les antispasmodiques, le chloral, et au besoin le chloroforme, sous l'influence desquels on voit quelquefois les symptômes alarmants s'amender d'une façon surprenante.

Observation III.

Paralysie hystérique des crico-aryténoïdiens postérieurs, par le Dr William C. Glocgow, de Saint-Louis.

H. Lizzie, d'origine allemande, âgée de 16 ans, très robuste, fut adressée au docteur William, par son confrère le docteur Pollock, pour une dyspnée considérable et la perte de la voix. L'inspiration était bruyante et entendue à distance ; la malade souffrait depuis six semaines environ, et par moments la dyspnée était moins prononcée.

Les bruits du cœur étaient tumultueux. L'examen laryngoscopique permit de constater que les cordes vocales occupaient la ligne médiane et restaient immobiles pendant l'inspiration : la muqueuse était normale. On fit une séance de faradisation et on prescrivit la teinture de digitale. Le lendemain, la respiration était plus calme, l'aphonie persistait et les cordes restaient toujours immobiles. Le huitième jour, la voix était redevenue claire et la respiration était normale. Six semaines après, on ramena la malade, qui était devenue intraitable et

que ses parents voulaient placer dans un asile, où elle fut, en effet, confiée aux soins du Dr V. Howard, qui regarda la malade comme étant atteinte de manie aiguë et d'hystérie.

La jeune fille resta neuf mois à l'asile, d'où elle sortit guérie.

L'auteur pense que les symptômes présentés par la malade et les troubles cérébraux qui suivirent ensuite permettent de rapporter cette paralysie à l'hystérie (*Arch. of. Laryng. New-York*, 1er juillet 1881, n° 3).

Observation IV.

Paralysie des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs d'origine nerveuse, par A. Ducau, chef de clinique du Dr Moure, de Bordeaux. (*In* Revue mens. de laryngol, 1er août 1881).

Mme D..., âgée de 35 ans, tailleuse, est adressée, par le Dr Lande, à la clinique du Dr Moure, où elle se présente le 26 octobre 1880.

Les antécédents héréditaires ou morbides ne nous fournissent aucune donnée. Cette malade a perdu la voix depuis onze mois ; mais, il y a cinq mois, s'étant appliqué un vésicatoire au-devant du cou et ayant fait des badigeonnages à la teinture d'iode, elle a pu parler pendant 28 jours. Puis, brusquement, l'aphonie apparut de nouveau. La voix, enrouée le matin, ne tarde pas à s'éteindre complètement.

Il est à remarquer que cette femme est affectée d'une névropathie très accusée, que trahissent un caractère fort impressionnable, la sensation d'une boule, des attaques qui se répètent tous les mois ou même deux fois par mois, en un mot tous les symptômes qui forment le cortège habituel de l'hystérie.

Elle avait deux enfants ; elle en a perdu un, le survivant est frappé de paralysie labio-glosso-laryngée.

L'appétit est médiocre. La toux sèche et aphone, l'expectoration nulle.

La voix, également aphone, consiste en une espèce de sifflement métallique qui se produit sans la moindre douleur.

La respiration est difficile et anxieuse, l'air manque à la malade ; mais il n'existe pas d'accès de suffocation, sauf pendant les crises

d'hystérie. L'expiration est libre ; l'inspiration, fort gênée au contraire, s'accompagne d'un léger degré de cornage ou de sifflement laryngien.

Le murmure respiratoire ne s'entend qu'avec peine.

A l'examen laryngoscopique, on voit que les cordes vocales occupent le milieu de l'espace glottique, laissant entre elles à peine un millimètre d'intervalle ; pendant l'inspiration, elles restent absolument immobiles. De plus, elles sont flottantes, détendues et rosées par places. Les dilatateurs de la glotte sont évidemment paralysés, ainsi que les phonateurs (thyro-aryténoïdiens et crico-thyroïdiens), comme le démontrent l'état de relâchement des rubans vocaux et l'aphonie qui en est la conséquence.

Ajoutons que durant l'examen, il se produit un phénomène assez commun dans les paralysies nerveuses, c'est-à-dire que, dès que le miroir est placé au-devant de la luette, la malade prononce très distinctement et à haute voix la voyelle *e*, et redevient aphone aussitôt le miroir retiré de la cavité buccale.

En présence de ces symptômes, M. Moure fait une première tentative d'électrisation externe, qui reste sans résultat; dans une deuxième, il porte l'un des électrodes sur les cordes vocales mêmes, tandis que l'autre est appliqué extérieurement sur le cou de la malade et, presque instantanément, cette dernière recouvre sa voix d'autrefois, un peu tremblotante cependant à cause de l'impression que lui provoque la vue des instruments introduits dans son larynx.

Un traitement général tonique et antispasmodique est ensuite recommandé à la malade; jusqu'au 4 novembre, sa voix reste normale, mais à ce moment elle s'enroue de nouveau. L'examen laryngoscopique révèle un peu de rougeur des cordes et des signes de trachéite légère. C'est sans doute à ce léger état inflammatoire qu'il faut rapporter l'enrouement. Du reste, les cordes vocales fonctionnent très facilement. On pratique des attouchements avec le sulfate de sthrychnine, l'aconit, etc.; et, depuis lors, la guérison ne s'est pas un instant démentie.

Observation V.

(Schiffers)

Paralysie des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs chez une femme de 32 ans.— Guérison. (Bulletin de l'académie de médecine de Belgique, t. XIV, nº 10, 1880).

Th. Ell..., âgée de 32 ans, gouvernante, célibataire, domiciliée à Liège, a été observée a la polyclinique du professeur Masius. Cette malade nous dit qu'elle était gênée pour respirer depuis le mois de décembre 1878.

Elle se présentait, pour la première fois, à notre observation, au commencement de mars 1879. La dyspnée avait été en augmentant, surtout à partir du milieu de février; elle était continue, mais plus marquée seulement quand la malade faisait un effort ou était prise d'une émotion de quelque nature que ce fût. En même temps, la gêne de la respiration était accompagnée d'un bruit intense, entendu à distance ; il avait même été perçu par des voisines de la maison où la patiente demeurait; ces personnes en avaient fait la remarque à la malade à plusieurs reprises. Ce bruit, cependant, n'avait pas toujours été aussi marqué; mais il ne cessait jamais complètement, non plus que la gêne de la respiration.

En outre, la malade se plaignait de raucité et de toux, avec légère expectoration muqueuse. Elle nous dit que, l'année précédente, elle avait toussé et expectoré pendant une partie de l'hiver, et que cette affection était survenue à la suite d'un refroidissement manifeste. La voix était rauque à cette époque, mais la respiration n'était pas gênée.

L'année suivante, au mois de novembre, la malade avait de nouveau toussé et craché comme précédemment ; puis, en décembre, à ces symptômes était venue s'adjoindre une dyspnée, qui avait été en augmentant d'une façon continue.

Ce phénomène s'accompagna lui-même du bruit plus ou moins intense dont nous avons parlé plus haut. La malade ne nous accusait pas d'autres symptômes.

Dans les antécédents, elle n'accusait aucune maladie ; elle dit qu'elle avait toujours joui d'une bonne santé. La période menstruelle

était régulière; il n'y avait pas eu d'accouchement, ni de fausse couche.

La malade est d'une constitution, d'un tempérament nerveux prononcé. Tout son aspect indique qu'elle n'a jamais souffert d'une affection capable d'avoir débilité l'organisme.

Ce qui frappe l'observateur de prime abord, c'est cette dyspnée qui devient plus marquée quand la malade veut respirer plus profondément. Elle existe d'une façon nette à l'inspiration qui est accompagnée d'un bruit rude, comme on le constate dans le cas de sténose laryngée. Notre attention est immédiatement attirée sur l'organe de la voix où semblait devoir siéger la cause des phénomènes présentés par notre malade.

Aussi, procédons-nous, séance tenante, à l'examen laryngoscopique.

La patiente le supporte parfaitement, et nous constatons ce qui suit: L'épiglotte a sa coloration normale; elle n'est pas augmentée de volume; elle s'élève et s'abaisse facilement sur l'entrée du larynx. Les replis aryténo-épiglottiques ne sont pas tuméfiés; ils n'offrent pas le moindre symptôme d'inflammation; il en est de même des cordes vocales supérieures. L'entrée des sinus de Morgagni ne présente rien de particulier, non plus que la région aryténoïdienne. Les cordes vocales inférieures ont perdu leur aspect nacré; elles sont un peu grisâtres, avec quelques légères stries à leur face supérieure. Il n'y a pas hypersécrétion de mucosités. Quand nous faisons émettre à la malade la voyelle *e*, les cordes vocales inférieures se rapprochent et le contact est presque parfait dans toute leur étendue.

Si nous faisons faire une inspiration ordinaire, les cordes inférieures ne s'écartent pas; lors d'une inspiration forcée, la glotte se rétrécit et est réduite à une fente d'environ une ligne. Pendant l'expiration, au contraire, les cordes vocales inférieures s'écartent, et nous voyons apparaître de nouveau l'espace glottique sous la forme d'un triangle à base postérieure. Quand la malade émet un son, les rubans vocaux entrent en vibration comme à l'état normal. La raucité n'est pas du reste très prononcée, mais la voix est plus basse que d'habitude.

Pendant l'expiration, la glotte se dilate suffisamment pour laisser pénétrer la vue à l'entrée de la trachée.

Nous ne constatons rien d'anormal, si ce n'est une rougeur peu intense, sans le moindre gonflement.

L'examen de l'arrière-gorge ne nous révèle aucun signe inflamma-

toire ou paralytique. Il en est de même de la cavité buccale. Nous procédons ensuite à l'examen de la région cervicale; le corps thyroïde est modérément développé ; pas de douleur à la palpation du larynx ; pas d'engorgement ganglionnaire, ni de tumeur d'aucune sorte sur les parties latérales.

Les ganglions de la nuque ne sont pas tuméfiés.

La poitrine est développée ; on n'observe rien d'anormal à la percussion et à l'auscultation du poumon et du cœur. L'examen des organes génitaux ne nous laisse non plus rien découvrir ; le col est parfaitement sain ; il n'y a pas d'oophoralgie.

Tel est le résultat de l'examen détaillé auquel la malade fut soumise, en raison des phénomènes particuliers qu'elle présentait du côté de la respiration.

Tous les symptômes se rapportaient, d'après ce qu'on voit, à une affection du larynx, comme le diagnostic rationnel l'avait du reste fait présumer.

En quoi consistait donc la maladie signalée par les symptômes dont l'aggravation paraissait possible et qui nous autorisaient à juste titre à prévoir une terminaison fatale?

Nous croyons que la solution de cette question nous a été donnée d'une manière confirmative par l'examen laryngoscopique. En effet, le signe dominant dont l'existence ne pouvait être mise en doute était l'absence de dilatation de la glotte lors de l'inspiration, surtout lorsqu'elle était forcée, et son apparition lors de l'expiration.

Or, les muscles respiratoires ou dilatateurs du larynx sont les crico-aryténoïdiens postérieurs; ils existent seuls pour produire l'écartement des cordes vocales inférieures pendant l'inspiration. Ils étaient évidemment ici sans action, tandis que les muscles antagonistes produisaient le phénomène de resserrement de la glotte pendant l'inspiration profonde.

Cette explication peut être admise pour les muscles du larynx, quand il y a paralysie de l'un d'eux ou d'un groupe musculaire, de même qu'elle l'est pour ceux des extrémités dans les mêmes conditions.

La dyspnée de la malade était donc sous la dépendance de cette paralysie des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs : le bruit plus ou moins intense qui accompagnait l'inspiration avait son origine dans le courant d'air qui cherchait à se frayer un passage à travers la glotte rétrécie. Quant au troisième symptôme laryngien accusé par

notre patiente, la raucité, il devait être rapporté à l'inflammation chronique des cordes vocales inférieures qui étaient, comme nous l'avons vu, d'un aspect grisâtre, présentant quelques stries à leur face supérieure.

Mais, sans cette coïncidence ou complication de l'inflammation des cordes vocales inférieures, il est probable que la voix aurait été normale, puisque les vibrations pouvaient avoir lieu comme à l'état de santé parfaite. Nous devons donc faire abstraction de ce symptôme du côté de la voix pour l'affection qui attire ici notre attention, c'est-à-dire la paralysie des dilatateurs de la glotte, car nous pensons bien que nous avons eu affaire à ce genre d'affection dans le cas qui nous occupe.

En nous basant sur l'examen laryngoscopique, qui nous a permis d'analyser exactement les symptômes et en procédant par exclusion, nous devons nous arrêter à ce diagnostic.

Un obstacle siégeant à l'entrée de la trachée ne peut absolument pas être admis, puisque nous n'en avons trouvé aucun indice; nous ne pouvions pas non plus expliquer les symptômes par la présence d'un polype à la face inférieure des cordes vocales ; nous devions certainement penser à cette lésion qui, jusqu'à un certain point, nous aurait rendu compte des phénomènes que nous observions; cependant, dans ce cas encore, la dyspnée n'eût pas été continue ; elle serait arrivée par intervalles, avec une intensité plus grande que celle présentée par la malade quand le polype serait venu obstruer la glotte. La gêne de la respiration aurait eu des rémissions, à moins de s'imaginer que le polype fût fixe ; mais il faut écarter cette hypothèse à la suite de l'examen laryngoscopique.

Reste le spasme de la glotte ; mais ce qui dépose contre cette affection, c'est le fait que notre malade présentait les symptômes dyspnéiques d'une façon continue depuis un temps déjà assez long. La gêne de la respiration n'existait pas par intervalles, comme cela se voit dans le spasme de la glotte.

Le diagnostic établit de quelle nature était la paralysie des dilatateurs? Etait-ce de nature inflammatoire ou rhumatismale? La première hypothèse pourrait s'appuyer sur le fait que le laryngoscope a permis de constater des lésions, légères il est vrai, sur les cordes vocales inférieures. Quant au rhumatisme, il serait étonnant qu'il se fût manifesté uniquement sur le larynx, et d'ailleurs la malade n'avoue aucun antécédent de ce côté.

L'auteur ne s'arrête pas à ces deux causes et, soupçonnant l'hystérie, il prescrit l'électrisation sans aucun autre traitement concomitant.

L'amélioration qui se produit dès la première séance ne fait que confirmer son opinion qu'il a eu affaire à une paralysie de nature hystérique. La malade nie, il est vrai, n'avoir jamais eu des accès d'hystérie et l'on ne trouve aucun des signes de cette maladie.

Seulement, étant donné le tempérament nerveux prononcé de la personne et son impressionnabilité excessive qu'elle nous dit toujours avoir eue, nous estimons que l'on peut admettre que l'hystérie, cette maladie aux formes si variées, est venue se manifester sous l'aspect d'une paralysie limitée aux muscles crico-aryténoïdiens postérieurs.

La malade fut soumise à trois électrisations à intervalles rapprochés, et chaque fois elle accusa une amélioration dans la respiration. Elle sortit et revint au bout de plusieurs mois, nous disant qu'insensiblement la gêne respiratoire avait disparu et qu'actuellement elle se trouvait très bien.

L'examen laryngoscopique nous révéla à la disparition complète de la paralysie.

Observation VI.

Paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs, avec paralysie concomitante des thyro-aryténoïdiens d'origine nerveuse. (Sommerbrodt, Breslauer aerztl Zeitschrifft, 1879. Beitrage zur Pathologie Kehlkopfes).

La malade était une jeune fille de 18 ans qui souffrait depuis quelques jours d'un peu de toux. Elle se refroidit dans la nuit du 16 au 17 février 1878 et, dans les premières heures de la matinée du 17, elle fut prise d'abord de dyspnée continuellement croissante, puis il survint de l'aphonie.

L'inspiration était bruyante, l'expiration libre, brève : il se manifesta de la cyanose. A 8 heures, la trachéotomie paraissait devoir être pratiquée ; une injection de morphine produisit un peu de calme.

En surveillant la malade, on appliqua le courant induit aux deux côtés du larynx ; il y eut amélioration et l'on y eut recours plusieurs fois dans l'après-midi.

Il en fut de même le 18 et le 19. La voix revenait le 19. Le 27, guérison complète.

Au laryngoscope, on avait trouvé les signes d'une paralysie des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs et des thyro-aryténoïdiens. Nulle trace de catarrhe de la muqueuse laryngée. La paralysie des derniers muscles produisait seule l'aphonie.

La maladie aurait pu être prise pour un œdème aigu de la glotte, et l'auteur lui-même y avait cru avant de faire l'examen laryngoscopique. Celui-ci leva tous les doutes. Bien qu'il n'y ait pas de signes d'hystérie manifeste, Sommerbrodt ne crut pas seulement à l'action du froid, en raison surtout de l'absence de toute inflammation de la muqueuse, et il se demanda s'il n'avait pas eu affaire à la grande névrose.

Observation VII.

Paralysie des dilatateurs de la glotte, avec aphonie, d'origine hystérique. (Biermer, Sammlung klinischer vortrage herausgegeben von volkmann ueber Bronchialesthma, n° 12, 1870).

Cette observation a trait à une dame de 33 ans dont la respiration, dans les temps ordinaires, était à peu près doublée de fréquence, mais sans causer cependant une grande gêne. La malade avait présenté, par intervalles, des troubles hystériques, pendant lesquels la respiration était également gênée. Il y avait un mouvement des cordes vocales en sens inverse de l'état normal. Les deux cartilages aryténoïdes et les cordes vocales ne s'écartaient pas lors de l'inspiration et pendant l'expiration ne se rapprochaient pas exactement. Lors de la phonation, les deux cordes vocales venaient en contact pour s'écarter de nouveau à l'inspiration suivante. Il survenait des attaques pendant lesquelles la respiration était gênée, sifflante. Il y avait alors fermeture presque complète de la glotte pendant l'inspiration ; elle se montrait de nouveau lors de l'expiration.

La durée de ces attaques variait d'une demi-heure à cinq heures. Cette affection présente des ressemblances avec le spasme de la glotte.

L'auteur de l'observation admet cependant une paralysie des dilatateurs de celle-ci, parce qu'en dehors des accès, il y avait toujours une certaine gêne, et qu'au commencement des troubles respiratoires il y avait aphonie paralytique.

CONCLUSIONS

La paralysie hystérique des dilatateurs de la glotte est rare.

Elle se produit sous l'influence de causes diverses, parmi lesquelles nous citerons au premier rang les troubles survenant du côté de l'appareil génital.

Elle peut être une des premières manifestations de la névrose.

Son diagnostic d'avec le spasme des adducteurs, souvent difficile, se fera en s'appuyant sur les caractères de l'image laryngoscopique et la durée de l'affection, qui est plus longue dans la paralysie. Le pronostic est moins grave qu'on ne le croyait lors des premières observations.

Le traitement consistera dans l'électrisation (courants faradiques principalement), les révulsifs, l'hydrothérapie, le bromure de potassium et, dans certains cas où le diagnostic d'avec le spasme glottique est délicat, les anesthésiques.

En dernier lieu, et quand tous les autres moyens auront échoué, on aura recours soit au tubage de la glotte, soit à la trachéotomie.

FIN.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 30 mai 1891.
Le Recteur de l'Académie,
Correspondant de l'Institut.
J. GÉRARD.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 30 mai 1891
Le Doyen,
CASTAN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Lejamptel. — Paralysie muscul. d'origine hystérique. Thèse, Paris 1872.

Nicolas-Duranty. — Diagnostic des Paralysies des muscles du larynx. Paris 1872.

Le Marchant. — Des Paralysies laryngées. Thèse, Paris 1879.

Axenfeld et Huchard. — Traité des Névroses.

Morrell-Mackensie — Traité des Maladies du larynx. Paris, O. Doin 1882.

Bernutz. — Art. *Hystérie*, du Dictionn. de Jaccoud.

Krishaber. — Art. *Larynx*, du Dictionn. de Dechambre.

Grasset. — Art. *Hystérie* — — et Traité des Maladies du système nerveux.

Thaon. — L'Hystérie et le Larynx. Congrès de Milan, 1880.

Ducau. — Paralysie des dilatateurs de la glotte. *In* Revue mens. de laryngologie, août 1881.

Elbsberg. — Paralysie des muscles du larynx. Rev. de laryngol., 1882.

Toubin. — Paralysie des dilatateurs de la glotte. Thèse, Paris 1882.

Dreschfeld.—Paralys. des crico-aryt. post. Revue de Hayem 1883.

Paul Koch.— Considér. sur les paralys. du larynx. Annales des mal. du larynx, avril 1877-78 ; et Paralysie des dilatateurs de la glotte (avril 1879-80, 1881 et 1883).

Lefferts. — Paralys. bilat. des dilatat. New-York med. Journal 1878 et Congrès de Londres 1881.

Warren. — Paralys. des dilatat. de la glotte. Revue de Hayem 1877.

Troisier-Jeoffroy-Chauffard. — Des Paralysies hystériques. Société médicale des hôpitaux 1885-86.

Gouguenheim. — Paralys. des dilatat. de la glotte. Ann. des mal. or. et larynx, janvier et septembre 1886, janvier 1887.

Semon. — Paralys. des dilatat. de la glotte. Ann. des mal. or. et larynx, janvier 1887.

Cartaz. — Note sur les paralys. laryng. d'origine centrale. France médicale, nov. 1885.

Masucci. — Des Névroses laryngées. Giorn. diclin. et thérapeut., février 1888.

Lubet-Barbon. — Etudes sur les paralys. des muscles du larynx. Thèse, Paris 1887.

De Sanctis. — Spasme laryngé d'origine hystérique. Raccoglitore medic., oct. 1887.

Huchard. — L'hystérie respiratoire. Bulletin de la Phtisie pulmonaire, juin 1888.

Ball. — Troubles moteurs hystériques des cordes vocales. Lancet, 23 février 1889.

Jelenffy.— Qu'est-ce que la paralysie véritable des crico-aryt. postér. New-York medic. Journ., août 1889.

Bessière.— Du spasme laryngé hystérique. Annales médico-psychologiques, mars 1890.

Moure.— Leçons sur les maladies du larynx. Paris, O. Doin, 1890.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !